# QUELQUES MALADIES
# DU SINUS MAXILLAIRE.

N° 90.
6.

DISSERTATION

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

*A la Faculté de Médecine de Montpellier, le* 30 *Juillet* 1836 ;

PAR

LOUIS-SIMON LOMBARD,

*De Fanjeaux* (AUDE) ;

Chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine à l'Hôpital St-Éloi de Montpellier, membre titulaire de la Société chirurgicale de la même ville, etc., etc.;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

A MONTPELLIER,

Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur,
place d'Encivade, n° 3.

1836.

A M. SERRE,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, Chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire (St-Éloi), etc., etc.

*Hommage!!....*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

*Amitié inaltérable.*

A MON ONCLE LIEUSSOU,

Avocat et Notaire.

*Souvenir de ses bontés et des services qu'il m'a rendus.*

L.-S. LOMBARD.

QUELQUES MALADIES

# DU SINUS MAXILLAIRE.

## *INTRODUCTION.*

C'est à tort que l'on a confondu sous la dénomination de polype, de fongus, des tumeurs de nature diverse, et qui n'avaient d'autres rapports que celui d'exister dans une même région. Le célèbre Desault est un de ceux qui ont le plus contribué à cette confusion de langage; M. Breschet a dit, avec raison, que le mot polype devait être rayé du dictionnaire de médecine, parce que son sens n'est pas bien rigoureux ni bien déterminé. Nous dirons aussi que le mot fongus porte avec lui une désignation si vague et si confuse, qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'on en a fait une application abusive dans le langage médical. La coque osseuse qui forme le sinus maxillaire, sa membrane et les racines des dents peuvent être le siége de diverses altérations morbides. Nous n'avons point la prétention de parler de chacune

d'elles, car un pareil sujet nous entraînerait trop loin. Nous nous sommes contentés, dans ce court travail, de présenter plusieurs observations qui ont fourni le texte à des réflexions pratiques relativement au diagnostic différentiel de quelques maladies du sinus maxillaire, et avons indiqué le traitement que l'on doit apporter à certaines altérations pathologiques. Mais avant, jetons un coup d'œil rapide sur l'anatomie du sinus maxillaire; étudions d'une manière générale les causes de la formation des tumeurs dans cette cavité, ainsi que leur développement.

## CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

L'os maxillaire supérieur est d'une figure très-irrégulière; il a des connexions avec tous les autres os qui font partie de la mâchoire supérieure, et avec une partie de ceux qui concourent à former le crâne; il reçoit, inférieurement, dans son bord alvéolaire, toutes les dents d'un des côtés de la mâchoire supérieure; il est composé de lamelles osseuses très-minces, excepté aux endroits où elles se réunissent pour former des angles. Sa partie creuse constitue ce que les anatomistes ont appelé sinus maxillaire, antre d'hygmore (sinus sus-maxillaire, Chaussier). Cette cavité existe à peine dans l'enfance; elle s'agrandit à mesure qu'on avance en âge, et ses parois se dilatent, s'amincissent proportionnellement; elle est moins irrégulière que le corps de l'os, et de forme pyrami-

dale ; correspond, en haut, à la base de l'orbite, renfermant le conduit sous-orbitaire qui laisse passer les nerfs et les vaisseaux du même nom ; en bas, au sommet des alvéoles des dents molaires, et surtout à celui des troisième et quatrième qui soulèvent cette paroi constituant le bas-fond du sinus, et que l'on a vue parfois être percée par elles ; en avant, à la fosse canine et au trou dentaire supérieur et antérieur qui forme une saillie assez prononcée en dedans. La face interne est en rapport avec diverses parties qu'il est important d'examiner ; savoir : la lame nasale du maxillaire, des portions du palatin en arrière et de l'ethmoïde en haut, et en bas le cornet inférieur. Toutes ces portions osseuses concourent à rétrécir singulièrement l'orifice du sinus, conjointement avec la membrane pituitaire qui va tapisser toute cette cavité ; au-devant de cette ouverture se trouve placée une gouttière qui sert à loger le canal nasal ; enfin, le sommet du sinus maxillaire est creusé dans l'apophyse malaire, et n'est séparé de cet os que par une lame excessivement mince.

Des rameaux artériels, provenant des alvéolaires sous-orbitaire et sphéno-palatine, fournis par la maxillaire interne et quelques-uns de l'artère ethmoïdale postérieure ou moyenne, naissant de l'ophthalmique, vont porter la nutrition à la membrane du sinus maxillaire. La distribution des veines est absolument la même que celle des artères.

Le nerf dentaire antérieur fournit à cette membrane

fibro-muqueuse un filet qui va s'anastomoser dans son intérieur avec un des nerfs dentaires postérieurs, qui y pénètre par un orifice spécial. Quelquefois les rameaux qui vont se rendre aux racines des dents incisives canines et deux premières molaires rampent à nu sous la membrane du sinus, et lui fournissent quelques filaments très-ténus.

Physiologie. Le sinus maxillaire donne au corps de l'os plus de volume, sans ajouter à son poids. Sa membrane est destinée à sécréter une assez grande quantité de mucus, qui sert constamment à lubrifier l'intérieur des fosses nasales, dont le passage de l'air tend sans cesse à dessécher la muqueuse.

## ÉTIOLOGIE.

Les coups, les chutes sur la joue, l'introduction d'un corps étranger dans le sinus maxillaire, sont des agents physiques provocateurs de presque toutes les maladies qui affectent cette région. Les vicissitudes atmosphériques, le passage subit d'une température chaude à un air frais quand le corps est en sueur, l'exposition prolongée à un courant d'air froid, l'habitation des lieux bas et humides, les émanations irritantes, l'usage du tabac à priser, etc., etc., sont autant de causes externes capables de les produire. Cependant des phénomènes morbides sont survenus dans certains cas où il a été impossible d'en apprécier la cause. Il est pourtant

vrai de dire que souvent ces parties ont été exposées à des agents d'irritation assez faibles sans doute pour ne pouvoir les distinguer sur le moment, mais que l'on a reconnus être plus tard la cause de ces développements anormaux.

Les fluxions de la joue, la carie des dents, les abcès des gencives, etc., etc., ont aussi hâté leur manifestation par contiguïté ou continuité de tissu.

D'autres fois ces maladies n'ont été que le symptôme d'une affection constitutionnelle : la syphilis, le scorbut.

L'âge, le sexe, le tempérament, la constitution et l'idiosyncrasie de l'individu soumis à l'influence des mêmes causes, modifient singulièrement les altérations diverses qui se forment dans le sinus maxillaire, et nous expliquent jusqu'à un certain point pourquoi elles se présentent avec des caractères et des formes si divers.

## DÉVELOPPEMENT.

Dès les premiers moments de leur apparition, les tumeurs qui se développent dans le sinus maxillaire sont très-difficiles à reconnaître ; le peu d'incommodité qu'en éprouvent le plus souvent les malades, le peu de douleur qui les accompagnent, et la situation profonde dans laquelle elles se trouvent placées, rendent, la plupart du temps, le diagnostic très-incertain.

Une pesanteur incommode ressentie du côté affecté,

un enchifrenement de la narine correspondante, sont des symptômes de peu de valeur pour affirmer qu'il y a altération du sinus maxillaire : mais lorsqu'un écoulement de pus, de sérosité, des hémorragies nasales se déclarent ; lorsque des douleurs profondes et des odontalgies les accompagnent ou les suivent, on aura de très-grandes probabilités pour croire à l'existence d'une maladie du sinus maxillaire, dont il sera encore difficile, pour ne pas dire très-souvent impossible, de reconnaître la nature.

Mais la tumeur grandit, l'antre d'hygmore n'est plus assez vaste pour la contenir, la paroi osseuse qui l'enveloppe cède par la pression exercée sur toute sa périphérie ; bientôt un gonflement manifeste frappe l'attention du malade et du médecin : il n'est alors plus permis de douter ; l'on a acquis la certitude de la présence d'une tumeur dans le sinus maxillaire. Lorsque les choses sont arrivées à ce point, il est rare que les malades viennent réclamer les secours de la chirurgie : le plus grand nombre croient être affectés de fluxions à la joue, s'abandonnent trop souvent à l'espoir de guérir sans traitement, temporisent parce que le mal est supportable, et ne se confient aux hommes de l'art que quand la tumeur a pris un très-grand accroissement et que la gravité de leur position les y oblige.

Alors une autre série de phénomènes viennent s'ajouter aux symptômes sus-mentionnés : les parois osseuses se distendent, s'amincissent outre-mesure (hydro-

pisie, abcès, polype), ou bien s'épaississent (exostose), ou sont transformées en une masse morbide qui les remplace en tout ou en partie (ostéosarcôme). La fosse canine participe la première à cet état de soulèvement; plus tard la substance osseuse a disparu, et les enveloppes de la tumeur ne sont plus formées en avant que par la fibro-muqueuse buccale et la joue. L'os de la pommette ne tarde guère à être relevé de bas en haut et d'arrière en avant; la joue est tuméfiée, difforme et plus proéminente qu'à l'état normal; la perte totale ou partielle de la sensibilité, précédée par un engourdissement des parties molles de la joue, est la conséquence de cette distension occasionnée par le développement progressif de la tumeur. Les choses peuvent encore être poussées plus loin : toute la paroi antérieure externe, formée par les fosses canine et zygomatique, participant à l'agrandissement de la tumeur; on l'a même vue, dans certains cas, ulcérer les parties molles, faire issue au dehors, et se montrer avec tous les caractères qui lui sont propres.

D'un autre côté, les molaires et surtout les grosses, qui correspondent plus exactement à la partie inférieure du sinus, sont ébranlées, tombent spontanément, ou bien l'on est obligé de les enlever, soit parce qu'elles gênent la mastication, soit à cause des douleurs que les malades éprouvent par la distension des nerfs dentaires; certaines parties de la tumeur les remplacent, dilatent leurs alvéoles; enfin, elles vont jusqu'à faire irruption dans la bouche.

La voûte palatine n'est point exempte de ce délabrement : elle est progressivement surbaissée ; bientôt elle gagne le niveau des extrémités des dents ; dans quelques cas, rares à la vérité, la tumeur a eu occupé toute la capacité de la bouche, et a gêné la respiration, la mastication et la parole.

La paroi du sinus correspondant à la narine présente aussi des phénomènes particuliers à étudier : tantôt les parois osseuses qui la constituent sont refoulées du côté de la cloison, et celle-ci est déjetée dans le même sens ; tantôt la tumeur franchit l'ouverture du sinus après l'avoir largement agrandie, et s'épanouit en tous sens dans la narine. D'autres fois, mais c'est peu commun, son expansion a été poussée si loin, qu'elle a été déformer la joue du côté opposé, après avoir produit des délabrements assez considérables aux parties solides de cette région. D'abord le malade accuse de l'enchifrenement, de la difficulté pour faire passer l'air à travers la narine ; mais lorsque l'altération s'est accrue dans toute sa capacité, la fosse nasale est complètement bouchée, l'écoulement des larmes est gêné ou interrompu suivant le degré de compression de l'extrémité inférieure du canal nasal, le nez a pris une forme anormale, l'apophyse montante du maxillaire supérieur s'est déjetée en dehors (1).

---

(1) Ce caractère serait la plupart du temps trompeur, et servirait plutôt à faire reconnaître une tumeur im-

Enfin, la base de l'orbite subit aussi quelques changements : la tumeur la distend de bas en haut, et, dans cette action, l'œil est déplacé, déjeté en avant et du côté externe; l'exorbitisme est quelquefois poussé si loin, que l'organe visuel est totalement privé de ses fonctions; la distension violente du nerf optique, et la forme irrégulière qu'affecte le globe oculaire, rendent suffisamment raison de la perte de la vision. L'épiphora qui résulte de l'exophthalmie est plus ou moins complet, suivant le degré de déplacement de l'œil.

---

Maintenant que nous avons étudié d'une manière générale tous les symptômes extérieurs, il serait rationnel de passer en revue les maladies du sinus, telles que l'hydropisie, l'abcès, la carie, la nécrose, l'exostose, les polypes fibreux et sarcomateux, l'ostéosarcome, etc., etc. Mais le champ aurait été trop vaste pour un sujet de thèse; aussi nous sommes-nous contentés de soumettre à nos juges plusieurs observations dont quelques-unes, osons l'espérer, serviront à éclaircir plusieurs difficultés de diagnostic.

---

plantée dans la narine : aussi je le consigne ici comme se présentant très-rarement; tandis qu'il est assez commun, au contraire, de voir, lorsque la fosse canine est fortement soulevée, l'apophyse montante du maxillaire supérieur se diriger en sens opposé.

Polype sarcomateux d'un grand volume, situé dans le sinus maxillaire gauche, s'étant fait jour au dehors, à l'angle interne de l'œil du même côté.

Un jeune homme de 18 ans se présenta à l'hôpital S^t-Éloi, en 1835, portant une tumeur dans le sinus maxillaire gauche, laquelle, en se développant, avait écarté les parois de cette cavité, de telle sorte que la joue était violemment distendue et la pommette très-saillante ; l'apophyse montante du maxillaire supérieur déviée à droite ; plusieurs grosses molaires tombées et d'autres presque entièrement chassées de leurs alvéoles ; en haut, du côté de l'orbite, la maladie avait fait de plus grands ravages ; nous constatâmes un exorbitisme complet, la perte totale de la vue, et un épiphora continuel ; quelques jours après son arrivée, une tumeur dure, lancinante se manifesta à l'angle interne de l'œil, ulcéra les parties molles, et s'offrit au dehors sous la forme d'une masse compacte résistante, rougeâtre, d'un aspect charnu et saignant quelquefois ; depuis quelque temps il sentait de l'embarras pour respirer par la narine gauche.

Convaincu de la nature de la tumeur, il fallait se demander si c'était de la narine ou bien du sinus maxillaire qu'elle provenait ; mais en considérant qu'elle avait primitivement déformé la face externe du maxillaire, qu'elle avait causé la chute de deux grosses molaires et fait saillir l'œil hors de sa cavité,

tandis que ce n'était que depuis peu de temps que le malade avait ressenti de l'enchifrenement ; enfin, ayant égard à la position de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, il a été démontré pour moi que le polype sarcomateux avait son siége dans le sinus maxillaire

Il n'est certainement pas toujours facile de connaître le lieu d'implantation d'un polype, car on a observé que cette tumeur ayant pris racine dans le sinus, est venue s'accroître dans la narine correspondante, après avoir seulement déformé la lame interne de ce même sinus; et, par opposition, Dupuytren et autres ont remarqué plusieurs faits dans lesquels la production morbide est née dans la fosse nasale, a pénétré dans le sinus maxillaire, et, par suite de son développement, a dilaté et même perforé cette cavité pour venir faire saillie vers la joue ou dans la bouche, a soulevé la paroi inférieure de l'orbite, expulsé l'œil, et a enfin envoyé des embranchements dans la fosse zygomatique et temporale, et quelquefois même jusque dans la cavité du crâne, en écartant les os ou en les perforant.

Ces cas rares devront rendre le praticien circonspect avant de porter son diagnostic : aussi s'entourera-t-il de tout ce qui sera capable de l'éclairer ; il portera surtout son attention sur les premiers symptômes qui pourront donner, la plupart du temps, la solution du problème : c'est ce que j'ai tâché de faire ressortir dans l'observation qui précède.

Tumeur cancéreuse développée dans les alvéoles, que l'on a cru provenir du sinus maxillaire.

M. Émile Phylidore, natif de Corse, âgé de 10 ans, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'Hôtel-Dieu S^t-Éloi de Montpellier, vers la fin de Mars 1836, portant une tumeur cancéreuse d'un assez grand volume, apparente à la voûte palatine.

A l'âge de 7 ans, cet enfant éprouva des maux de dents du côté droit du maxillaire supérieur, qui furent suivis d'ébranlements et bientôt de la chute de la première petite molaire; une tumeur rouge, sanguinolente la remplaça. Quelque temps après, les dents voisines furent à leur tour ébranlées et immédiatement arrachées. On cautérisa avec le fer rouge les chairs fongueuses, qui ne tardèrent pas à se reproduire, même avec plus d'intensité qu'auparavant; les alvéoles, dégagées des dents, en furent remplies et dilatées, et ces fongosités vinrent former à la voûte palatine une tumeur indolente, dure, violacée, irrégulièrement bosselée, légèrement mobile, et du diamètre d'un pouce environ; les alvéoles circonvoisines se sont agrandies, et la joue s'est fortement tuméfiée. Des chirurgiens distingués de la Corse, de Toulon et de Montpellier, jugèrent, par l'ensemble des symptômes que je viens d'énumérer, que cet enfant portait un cancer qui se serait primitivement développé dans le sinus maxillaire. M. Serre, ayant pris le service des blessés, examina le malade, et porta un

diagnostic tout-à-fait différent par l'appréciation des symptômes qu'il présentait.

La tumeur avait-elle abaissé la voûte palatine, ou bien, en faisant irruption par les alvéoles, s'était-elle placée sous forme de champignon en arrière de ces mêmes alvéoles? Ces deux questions furent résolues de la manière suivante : comme la masse morbide offrait une légère mobilité, M. Serre imagina de porter un stylet explorateur pour reconnaître si elle faisait corps ou non avec la voûte palatine; cet instrument put facilement passer entre cette paroi et la tumeur; l'épreuve était démonstrative : c'était de l'alvéole qu'elle sortait. Mais il s'agissait de savoir encore si elle avait pris naissance dans le sinus maxillaire, ou bien dans les alvéoles, ce qui était essentiel à connaître, sous le rapport du traitement et du pronostic. Mais la face antérieure du maxillaire n'était point soulevée, l'œil était tout entier dans son orbite, l'air passait avec autant de facilité dans la narine droite que dans la narine gauche; enfin, il fut incontestablement prouvé à M. Serre que le gonflement de la joue n'était autre chose qu'un engorgement lymphatique. En conséquence, aucun caractère ne fut remarqué en faveur de l'opinion émise par les chirurgiens dont nous avons parlé : nul doute alors que la tumeur ne prît racine dans les alvéoles. La première grosse molaire, qui ne tenait presque plus, fut arrachée, afin de donner plus de prise aux instruments dont on devait se servir pour l'opération, qui fut pratiquée le 16 Avril.

Le malade fut assis sur une chaise haute, la tête soutenue contre la poitrine d'un aide qui comprimait les faciales à l'aide de ses deux pouces. M. Serre fit une incision oblique de bas en haut et d'avant en arrière, partant de la commissure droite, dirigée vers l'insertion supérieure du muscle masséter; les artères qui fournirent du sang furent liées immédiatement après, et deux aides tinrent écartées les lèvres de la solution de continuité. A l'aide d'un bistouri droit, l'opérateur fit la section de la masse cancéreuse qui était saillante au dehors et n'avait aucune adhérence avec la voûte palatine restée intacte; il prit un couteau courbe sur son plat, au moyen duquel il emporta complètement les parties malades, et racla fortement de droite et de gauche les parties saines qui les avoisinaient. Tous les assistants purent se convaincre que la tumeur n'avait pas de communication avec le sinus maxillaire. Plusieurs pièces de carton mouillé furent placées sur les parties molles; on éteignit plusieurs cautères rougis à blanc dans la cavité que le dernier instrument avait agrandie; les bords de la solution de continuité faite à la joue furent réunis au moyen de la suture entortillée, et l'opération fut ainsi terminée.

Le soir, la réaction s'établit, la joue présentait un peu plus de tension qu'à l'ordinaire; le malade fut mis à la diète absolue jusqu'au lendemain.

17. Sommeil paisible, peau chaude et humide, pouls plus fréquent et plus développé qu'à l'état normal: bouillon, tisane de riz.

18. Diminution dans la fréquence et la plénitude du pouls, joue moins volumineuse qu'avant-hier : bouillon, semoule.

20. On a enlevé les aiguilles ; la réunion paraît être complète.

28. La chute des deux ligatures a déchiré une partie des bords de la solution de continuité faite à la joue, qui étaient déjà cicatrisés.

29. Chute de quelques parcelles osseuses que le cautère incandescent avait mortifiées.

Des bourgeons de bon caractère s'élèvent du fond des alvéoles ; on les cautérise, un jour entre autres, avec le nitrate d'argent ; on en fait autant sur la joue, dont les bords de la solution de continuité ne tardent pas à être complètement réunis. De jour en jour le malade marche à sa guérison ; les alvéoles diminuent de grandeur ; les bourgeons s'affaissent ; le malade sort de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant : la joue droite a presque repris ses formes normales (1).

Il est important, quand on croit à la présence d'une tumeur dans le sinus, de faire usage du stéthoscope appliqué sur la joue ; car, lorsque l'antre d'hygmore est dans l'état de vacuité, on entend un bruit particulier qui indique le passage de l'air dans cette ca-

(1) M. Serre a reçu depuis peu de temps des nouvelles de cet enfant, qui confirment la disparition complète de sa maladie.

vité, ce que l'on n'aperçoit pas lorsqu'elle est remplie par un liquide ou une tumeur quelconque.

Si l'on est embarrassé pour savoir si la tumeur vient du sinus maxillaire, ou seulement des alvéoles, l'introduction d'un stylet boutonné ou d'une sonde cannelée, à travers celle-ci, sera, selon nous, un moyen explorateur qu'il faudra mettre en usage, et qui fera bien souvent éviter des méprises pareilles à celles dont nous avons rendu compte dans la deuxième observation.

Cancer cérébroïde occupant la presque totalité du sinus maxillaire gauche.

Bidaux, âgé de 55 ans, doué d'une constitution robuste, fut pris d'un coryza dans le mois d'Août 1835; quelques jours après, il se plaignit, du côté gauche de la mâchoire supérieure, de maux de dents qu'il supporta sans rien faire jusqu'au mois de Novembre. A cette époque, il se présenta chez M. Ciatti, pour se faire arracher la deuxième petite molaire et la première grosse molaire du côté gauche, qui étaient tremblantes et avaient été en partie chassées de leurs alvéoles; de telle sorte qu'elles gênaient la mastication. Ces dents étant extirpées, il fut facile au docteur Ciatti de reconnaître que cet état particulier n'était que le symptôme d'une autre affection plus grave qui résidait dans le sinus maxillaire. Le malade fut adressé à M. Serre sur la fin de Décembre dernier; la tumeur du sinus maxillaire avait fait de grands progrès; il

était dans l'état suivant lorsque nous l'examinâmes, le 23 Janvier 1836, quelques moments avant l'opération :

Joue gauche évidemment plus volumineuse que la droite ; elle est de forme arrondie et régulière : on dirait qu'une fluxion existe dans les parties molles ; il y a bien de l'empâtement, mais peu de rougeur.

La lèvre supérieure relevée, nous constatâmes un soulèvement de toute la face antérieure du sinus maxillaire, produit par la tumeur qui n'était séparée du doigt explorateur que par la fibre muqueuse alvéolaire, et qui présentait la consistance d'un tissu assez mou, peu résistant, se laissant facilement déchirer par l'extrémité d'une sonde cannelée ; l'œil correspondant, quoique larmoyant, conserve sa position normale ; il se plaint d'enchifrenement, et ne respire guère que par la narine droite ; en bas, les deux alvéoles, délivrées de leurs dents, sont comblées par une partie de la masse morbide ; enfin, en introduisant le bout du petit doigt dans la fosse nasale gauche, nous avons la sensation d'un corps ayant la consistance d'une tumeur mollasse.

Antérieurement le malade avait eu parfois des élancements assez aigus dans l'intérieur du sinus maxillaire gauche, des épistaxis de ce même côté, et des hémorragies assez fréquentes par les alvéoles. C'est là tout ce qu'il a éprouvé depuis le commencement de sa maladie qui date de plusieurs années.

Opération. Le premier temps fut fait de la même manière que sur M. Émile Phylidore ; puis, à l'aide

de deux incisions en croix, la tumeur fut largement mise à découvert. On put reconnaître, par ce moyen, les limites du mal, l'atteindre dans toutes ses parties et l'emporter entièrement par les doigts, l'instrument tranchant et la rugine. Alors M. Serre mit à nu une surface osseuse, irrégulière, parsemée de beaucoup d'aspérités : une large ouverture de communication avec la narine existait à la face interne du sinus en grande partie désorganisé, et c'est par cette ouverture que le doigt indicateur fut introduit pour faire sortir toute la matière encéphaloïde que l'on avait reconnue dans la fosse nasale ; tout le plancher de l'orbite était détruit excepté son rebord antérieur. Convaincu de n'avoir rien laissé de suspect dans le sinus, il y porta le feu à l'aide de plusieurs cautères olivaires rougis à blanc, ayant le soin de mettre les parties molles à l'abri en plaçant dessus des cartons mouillés, observant surtout de ne pas toucher l'œil avec le fer incandescent. La cavité fut immédiatement après garnie de tampons de charpie, et par-dessus les parties molles, un plumasseau imprégné de cérat fut placé et maintenu par des bandelettes agglutinatives. M. Serre laissa pendant cinq jours éloignés les bords de la solution de continuité qu'il avait faite à la joue, se proposant de cautériser les parties profondes si le cancer avait de la tendance à se reproduire ; il prescrivit une potion opiacée à prendre par cuillerées dans le courant de la journée, et mit le malade à la diète pendant quelques jours. Le soir même, la réaction s'opéra ; une

légère saignée fut pratiquée. Le cinquième jour, il appliqua de nouveau le fer rouge plutôt par précaution que par nécessité, rafraîchit les bords de la solution de continuité faite à la joue, et réunit par la suture entortillée. Les suites de l'opération paraissaient favorables; tout semblait annoncer un résultat heureux, lorsque, deux mois après, le malade succomba des suites d'une inflammation de poitrine.

La matière cancéreuse était homogène, grisâtre, ressemblant à une gelée assez consistante et demi-transparente, ayant, enfin, tout-à-fait l'aspect du cancer cérébroïde.

**Masses cérébroïdes occupant le sinus maxillaire et plusieurs autres parties du système osseux.**

Un gendarme, en garnison à Montpellier, entra à l'hôpital S^t^-Éloi, le 1^er^ Novembre 1834; il se disait malade depuis quatre à cinq mois.

Sans cause connue, il se vit affecté d'un coryza du côté gauche; quelques jours après, il s'aperçut d'un gonflement insolite qui souleva la fosse canine et les parties molles correspondantes. Plus tard cette tuméfaction s'étendit insensiblement sur toute la face externe du maxillaire; la dernière grosse molaire fut ébranlée et expulsée par la tumeur qui augmentait tous les jours; l'œil sortit peu à peu et en partie de son orbite; la voûte palatine s'abaissa.

Au premier aspect, nous pensâmes avec raison qu'il était atteint d'une maladie grave : en effet, la teinte jaune

paille de l'individu, et l'état de détérioration de l'ensemble de sa constitution, nous le firent présumer. Peu de jours après son arrivée à l'Hôtel-Dieu, il fut atteint, du côté gauche, de pleuro-pneumonie. Pendant cet état de choses, la maladie du sinus maxillaire prenait de l'accroissement; nous pûmes constater que la voûte palatine et la face antérieure du sinus maxillaire n'étaient formées que par la membrane fibro-muqueuse qui recouvrait la tumeur de consistance molle et légèrement élastique. De temps en temps et surtout la nuit, un liquide séro-sanguinolent s'écoulait par la fosse nasale et l'alvéole; la bouche du malade exhalait une odeur fétide. On fut obligé de faire l'avulsion de la première grosse molaire, à cause des douleurs intolérables qu'il éprouvait et qui cessèrent comme par enchantement immédiatement après cette opération. Mais, outre l'odontalgie, il ressentait de temps en temps des douleurs lancinantes et profondes qui minaient lentement les jours du malade.

La péripneumonie, pour laquelle on avait employé les moyens mis en usage et appropriés à la situation du malade, persista pendant fort long-temps et l'affaiblit beaucoup, ainsi que les hémorragies qui se reproduisaient fréquemment; il succomba à la fièvre hectique : quelques jours avant sa mort, il fut atteint, dans son lit, d'une fracture spontanée du fémur.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

La tumeur, logée dans le sinus, avait l'aspect et la consistance du tissu encéphaloïde. Tout le maxillaire avait été désorganisé; il ne restait plus que la partie qui correspond aux alvéoles des incisives et de la canine.

La poitrine ouverte, on trouva, du côté gauche, plusieurs côtes en partie dégénérées en cancer de même nature que celui du sinus maxillaire; immédiatement au-dessous, des adhérences de nouvelle formation de la plèvre costale et pulmonaire, et une hépatisation rouge du poumon.

Plusieurs vertèbres cervicales participaient à la même dégénérescence, ainsi que le fémur droit à son tiers supérieur. On rencontra aussi plusieurs masses cancéreuses à la voûte crânienne.

Partout où le cancer encéphaloïde s'était développé, la substance organique et inorganique des os avait complètement disparu : ce qui nous a convaincus, d'une manière évidente, que la partie organique avait été transformée, tandis que la substance terreuse avait été totalement absorbée. Enfin, les fractures des côtes nous expliquent suffisamment le développement de l'inflammation de la plèvre et du poumon.

L'état cachectique du malade nous avait déjà fait préjuger de la nature de la production morbide qui existait dans le sinus maxillaire : la fracture spon-

tanée du fémur acheva de nous convaincre ; enfin, l'ouverture du cadavre confirma notre diagnostic (1).

Hydropisie du sinus que l'on avait prise pour un fongus hæmatodes.

La nommée Jeunesse Proue, âgée de 27 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a deux ans environ, elle s'aperçut d'une petite tumeur, de la grosseur d'un pois, qui se manifesta, sans cause connue, au-dessus des incisives du côté gauche du maxillaire supérieur. Deux jours après, elle avait acquis un assez grand volume, et la douleur qu'elle

---

(1) Cette observation ne permet pas de douter que le système osseux a subi une altération spéciale que nous sommes bien éloignés de rapporter à une névrilémite, comme Delpech tendrait à le faire croire en publiant des observations de cancer cérébroïde du sinus maxillaire ; selon nous, la névrilémite, dans ces cas, ne serait qu'un résultat consécutif de la présence de la tumeur, laquelle, en comprimant et distendant les nerfs dentaires sous-orbitaires, etc., a déterminé cette inflammation. Du reste, dans plusieurs ouvertures d'individus qui avaient porté des altérations pathologiques de différente nature, soit anciennes, soit récentes, nous avons vu les nerfs des membres affectés, enflammés, injectés, plus volumineux qu'ailleurs ; il est donc probable que les conducteurs de l'agent nerveux sont modifiés par les altérations morbides ; mais ce ne sont pas eux qui jouissent du malheureux privilége de la formation du cancer.

éprouva dans cette partie fut assez vive pour l'obliger à suspendre son travail de ménage. Cette douleur disparut quelques jours après, et elle resta dans cet état pendant trois mois, espérant tous les jours voir sa maladie toucher à sa fin ; mais, trompée dans son attente, elle vint consulter M. Bertrand, agrégé de cette Faculté, qui, croyant avoir affaire à une hydropisie du sinus maxillaire, lui proposa l'opération. Découragée de cette proposition, elle se retira, et, deux mois après, elle vint se livrer aux soins de plusieurs chirurgiens, qui, dans la croyance qu'elle portait un fongus hæmatodes, s'abstinrent de toute entreprise chirurgicale, et conseillèrent à la malade de ne pas se faire opérer. M. Bertrand, qu'elle vint de nouveau consulter, et à qui elle fit part des observations de ses collègues, examina de plus près l'état des parties.

Tout le côté gauche de la lèvre supérieure était soulevé, ainsi qu'une grande partie de la joue ; la tumeur s'étendait à la fosse canine, à une grande partie du rebord alvéolaire des incisives et canines, jusqu'à la racine de l'apophyse montante du maxillaire ; la voûte palatine avait pris un développement tel, qu'elle était de niveau avec les extrémités des incisives, lesquelles jouissaient d'une grande mobilité et ne tenaient que par une faible portion de leurs alvéoles. Dans le lieu qu'occupait la tumeur, la portion osseuse correspondante avait été abrasée par elle ; les gencives étaient tuméfiées et presque saignantes.

M. Bertrand appliqua un doigt d'une main sur la

portion de tumeur qui avait surbaissé la voûte palatine, et un doigt de l'autre main sur celle qui soulevait la joue, et s'aperçut d'un sentiment de fluctuation en pressant alternativement à l'aide des doigts placés sur elle. Cette tumeur jouissait d'une assez grande mobilité, car, lorsqu'il la comprimait dans un sens, elle s'affaissait et reprenait du côté opposé le volume qu'elle avait perdu. Tous ces caractères étant connus et analysés, une ponction exploratrice fut faite, et confirma le diagnostic qui avait été porté : en effet, une assez grande quantité de sérosité sortit, et la tumeur s'affaissa presque entièrement. Deux jours après, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : incision transversale de la membrane fibro-muqueuse ; un flot de liquide jaillit de l'intérieur du sinus maxillaire ; le kyste se vida complètement. Les racines des deux incisives furent mises à nu ; elles ne tenaient plus que par une très-faible partie des alvéoles ; les nerfs et les vaisseaux dentaires avaient été détruits : application de tampons de charpie dans la cavité. Peu de jours après, une bonne suppuration s'établit, et la malade ne tarda pas à être entièrement guérie. La voûte palatine a pris de la dureté, les dents se sont consolidées ; tout est dans un état le plus satisfaisant ; seulement l'ouverture faite par l'instrument tranchant persiste encore.

## *RÉFLEXIONS.*

Les apparences extérieures de la tumeur étaient assez trompeuses pour donner à penser qu'il s'agissait d'un fongus érectile. En effet, la membrane fibro-muqueuse alvéolaire était injectée, violacée, ainsi que les gencives adjacentes : mais devait-on s'en laisser imposer par l'inspection seule de l'enveloppe ? Des erreurs de pareille nature ont été commises plusieurs fois, parce qu'on a examiné le malade trop superficiellement, et qu'on n'a pas eu recours à la méthode d'exclusion. En comprimant d'un seul côté, la tumeur fuyait en partie sous la main, mais elle reprenait du côté opposé le volume qu'elle avait perdu; pressée en deux sens opposés, elle était presque incompressible : ce n'était donc pas un fongus hæmatodes; celui-ci présente des caractères particuliers assez distincts pour ne pas les confondre avec l'hydropisie du sinus, lorsque les parois osseuses ont été abrasées comme dans ce cas-ci. Le fongus érectile est quelquefois le siége d'un bruissement tout particulier, de vibrations et même parfois de pulsations, susceptible de s'agrandir, de s'ériger à la moindre impression morale. Cela se remarque surtout lorsqu'il est dû à la prédominance du système vasculaire à sang rouge ; tandis que lorsque la tumeur dépend de la dilatation des capillaires veineux, elle augmente par les efforts d'expiration ; alors, loin d'être

rouge comme dans le premier cas, elle offre, au contraire, une couleur livide. Enfin, si c'est une tumeur érectile formée par la dilatation des capillaires veineux et artériels tout à la fois, les deux ordres de phénomènes dont il vient d'être parlé se font remarquer en même temps, mais à un moindre degré. En quelque sens qu'on les incise, il s'échappe de la surface de la plaie une grande quantité de sang qui s'écoule en nappe et qu'il est difficile d'arrêter. Ces sortes de tumeurs se laissent facilement déprimer, malaxer pour ainsi dire, et reprennent aussitôt la forme et le volume qu'elles avaient auparavant. Dans l'observation dont il est question ici, rien de tout cela n'existait, seulement l'aspect extérieur et le sentiment de fluctuation, symptômes de trop peu de valeur pour reconnaître un fongus érectile.

Delpech a publié deux observations de tumeurs anévrismales développées dans le sinus maxillaire ; partout où elles étaient saillantes, elles présentaient une consistance molle, élastique et fluctuante ; les pulsations qu'on y ressentait étaient isochrones à celles des artères. Les hémorragies qui étaient survenues avaient tellement affaibli un de ces deux malades, qu'il fut impossible de rien entreprendre pour le sauver. La maxillaire interne, immédiatement avant la naissance des palatine postérieure et sphéno-palatine, fut trouvée anévrismatique. « La tumeur s'était accrue par la partie antérieure ; elle avait détruit la

paroi postérieure du sinus et l'inférieure de la fosse orbitaire.... » Plus heureux sur François Bouteille, il arrêta la marche rapide d'un anévrisme en faisant la ligature de la carotide primitive du même côté. Mais s'agissait-il d'un anévrisme ou d'un fongus érectile? C'est ce qu'il eût été difficile de reconnaître, car il y avait des raisons pour l'une et l'autre affections. La ligature de la carotide parut à Delpech le moyen le plus convenable pour prévenir les suites fâcheuses de cette maladie.

M. Jensoul a fait l'amputation du maxillaire dans un cas de fongus érectile situé dans le sinus; cette opération fut couronnée d'un plein succès, parce que les limites du mal étaient circonscrites dans la cavité osseuse. Ce serait exposer son malade à un danger imminent, si le chirurgien, ne connaissant pas d'une manière assez exacte jusqu'où s'étend la tumeur, tentait l'opération comme l'a pratiquée M. Jensoul.

L'on conçoit, en effet, que si le fongus hæmatodes a pris de l'extension hors du sinus, le sang s'échappant par mille bouches diverses, et le voisinage d'artères volumineuses, rendraient insuffisant le cautère actuel pour arrêter l'hémorragie à laquelle le malade succomberait infailliblement. En supposant que l'on fût dans l'incertitude de savoir si le malade porte un anévrisme de la maxillaire interne, ou un anévrisme par anastomose, le moyen proposé et mis à exécution par l'illustre Delpech, c'est-à-dire la

ligature de la carotide primitive, est, à mon avis, le plus rationnel.

### TRAITEMENT DES TUMEURS GRAVES DU SINUS MAXILLAIRE.

Les altérations graves du maxillaire supérieur et du sinus ont sérieusement occupé de tous les temps l'esprit des chirurgiens. Les revers et les succès qu'ils ont obtenus ont vivement piqué leur attention ; les uns, effrayés de leur peu de réussite, ont juré de ne plus toucher sur ces parties profondément altérées (1). D'autres, moins réservés mais peu prudents, se sont contentés d'enlever seulement les parties saillantes de la tumeur ; ceux-ci, plus profondément pénétrés de la maladie qu'ils avaient à traiter, ont été attaquer le mal jusqu'à sa racine ; ceux-là, pour être encore plus sûrs de leur entreprise chirurgicale, ont fait plus : ils ont enlevé la totalité du maxillaire, et même une grande partie des os qui s'articulent avec lui. Tous ont contribué, soit par le vice ou l'excellence de leur manuel opératoire, à enrichir la science d'observations qu'ils nous ont transmises, et à nous donner l'éveil sur le mode opératoire le plus préférable. Moins exclusif que ceux qui ont écrit sur ce sujet, je ferai, après avoir parlé des principales

(1) Delpech disait à M. Serre, quelques jours avant sa mort, qu'il s'abstiendrait dorénavant de toute opération grave du sinus maxillaire.

méthodes opératoires, ressortir les avantages et les inconvénients qui s'y rattachent.

Acoluthus, consulté pour une tumeur du sinus maxillaire qui avait nécessité l'extraction d'une dent, agrandit par une incision l'ouverture alvéolaire, enleva quatre dents et une partie de la tumeur qui était hors de cette cavité osseuse ; puis il l'attaqua à diverses reprises avec l'instrument tranchant et le cautère actuel, et le malade guérit.

Jourdain, dans un cas semblable, se conduisit d'une manière tout-à-fait différente : il cerna la tumeur dans tout le circuit des alvéoles et de la paroi externe du sinus, à l'aide d'un instrument en forme de spatule, fit la section de cette partie qui faisait saillie au dehors, l'enfila au moyen d'un ruban de fil ciré dont il fit maintenir les deux bouts par un aide qui avait le soin d'exercer de légères tractions pendant que l'opérateur détachait, avec cet instrument, la masse morbide des parois internes du sinus. L'opération terminée, il remplit la cavité avec de la charpie imprégnée d'eau styptique pour arrêter l'hémorragie. La maladie se reproduisit ; l'application de l'acide sulfurique et des dissolutions mercurielles ne put en arrêter le développement ; il essaya de cerner une seconde fois la tumeur avec l'instrument ci-dessus annoncé, mais elle repullula de nouveau.

Desault, ayant à traiter un malade d'un fongus du sinus maxillaire qui avait usé toute la paroi externe,

fit une incision de la membrane interne de la joue, dénuda l'os des parties molles, le perfora à côté de la tumeur ; la lame osseuse comprise entre l'ouverture déjà faite et le fongus fut emportée ; il agrandit cette ouverture insuffisante de la rangée alvéolaire au moyen de la gouge et du maillet, fit l'extraction des trois dents correspondantes, et enleva une grande partie de la masse morbide avec un bistouri concave sur son plat. Il tamponna provisoirement pour arrêter l'hémorragie, appliqua ensuite le cautère actuel, et remplit la cavité de boulettes de charpie imprégnées de colophone ; plus tard, voyant que la tumeur n'était pas totalement enlevée, il porta, en trois reprises différentes, le cautère actuel. Depuis lors, guérison totale.

On lit, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, que Garengeot s'est conduit absolument de la même manière dans un cas semblable, et a obtenu le même succès que Desault.

M. Giuseppe-Georgi d'Imola a enlevé, en deux fois, une tumeur énorme du sinus, et est parvenu, à l'aide d'injections, à obtenir la nécrose complète de presque tout le maxillaire, de l'unguis, des cornets inférieurs, du vomer, d'un des os propres du nez, et du palatin. Trois mois après, disparition complète de la maladie.

Nous devons à M. Jensoul, de Lyon, l'honneur d'avoir, le premier, pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur. Voici comment il procéda sur M. Varicel,

qui portait une tumeur ostéo-sarcomateuse d'un volume énorme, ayant son siége dans le maxillaire supérieur gauche.

« Le malade, assis sur une chaise peu élevée, la tête légèrement renversée en arrière et appuyée contre la poitrine d'un aide, je pratiquai d'abord une incision verticale étendue depuis le grand angle de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure, que je divisai au niveau de la dent canine gauche; du milieu de cette incision, ou plutôt à peu près à la hauteur de la base du nez, j'en fis une seconde, que je prolongeai jusqu'à quatre lignes au-devant du lobule de l'oreille; enfin, j'en fis une troisième, qui s'étendit depuis cinq à six lignes en dehors de l'angle externe de l'orbite, jusqu'au point où j'avais terminé la seconde. Je disséquai alors le lambeau que j'avais ainsi tracé, et le relevai sur le front. Mais pour découvrir complètement la tumeur, je fus obligé de couper encore depuis l'angle de réunion de la seconde avec la troisième incision, jusqu'à un pouce du rebord inférieur du maxillaire inférieur, en longeant le côté interne du muscle masséter. Je détachai ensuite ce lambeau inférieur; puis, le retournant, je le jetai sur le col.

» Le maxillaire supérieur ainsi mis à découvert, je commençai, à l'aide du ciseau et du maillet, la section de l'arcade orbitaire externe, près de la suture qui unit le malaire à l'apophyse orbitaire externe du coronal, et je fis pénétrer le ciseau jusqu'à la fente sphéno-maxillaire; je coupai ensuite l'apophyse zy-

gomatique du malaire. Le maxillaire ainsi isolé en dehors, j'appliquai un ciseau très-large au-dessous de l'angle interne de l'œil, et je lui fis traverser la partie inférieure de l'unguis et de la face orbitaire de l'ethmoïde; je séparai de la même manière l'apophyse montante de l'os du nez qui lui correspondait. Coupant ensuite, avec un bistouri, toutes les parties molles qui unissent l'aile du nez à la mâchoire supérieure, je cherchai à opérer la déduction des deux maxillaires, et j'y parvins facilement et très-promptement en arrachant la première dent incisive gauche et en introduisant entre eux un ciseau, non pas directement d'avant en arrière, mais en dédolant par la bouche. Enfin, pour détacher le maxillaire de l'apophyse ptérygoïde et détruire quelques adhérences qui auraient encore pu exister en arrière avec l'ethmoïde, je plongeai mon ciseau dans la tumeur, en l'introduisant obliquement dans l'orbite de manière à couper le nerf maxillaire supérieur dont je voulais éviter le tiraillement, et à le faire pénétrer assez profondément pour qu'il puisse me servir de levier pour faire basculer la tumeur dans la bouche. Ce moyen me réussit très-bien, et il ne me resta plus qu'à couper, soit avec les ciseaux courbes, soit au moyen du bistouri, les attaches du palatin avec le voile du palais, de manière à le laisser tendu entre l'apophyse ptérygoïde et la partie droite du voile du palais, qui était intacte. »

Il fut très-étonné du peu de sang qui s'écoula après

cette grande perte de substance ; il attendit une heure environ avant de réunir les lambeaux par la suture entortillée. Dans six jours, la réunion immédiate fut complète, et un mois après, le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri.

Il a, dans une circonstance, ménagé une partie de l'os malaire, et, dans une autre, il a emporté l'apophyse ptérygoïde avec le maxillaire.

M. Lisfranc, en France, et M. Scott, en Angleterre, ont suivi cette méthode opératoire (1).

Faut-il toujours, dans tous les cas graves de maladies du sinus (c'est-à-dire quand il s'agit d'un ostéosarcome, d'un polype fibreux ou sarcomateux (2)), amputer le maxillaire supérieur, comme le propose M. Jensoul ? Des faits contraires à son opinion nous obligent à penser qu'on ne doit point admettre sa méthode d'une manière tout-à-fait exclusive. N'a-t-on pas vu, en effet, par les exemples que je vous ai cités, ces tumeurs insolites être enlevées, pour ne plus reparaître, par l'extirpation combinée avec la cautérisation ? On a dit que l'on s'expose à voir la repullulation de la maladie si l'on a recours à un pareil mode opératoire, et qu'il faut, en dernier res-

---

(1) Nous avons déjà parlé du procédé que M. Serre a mis en usage sur le nommé Bidaux ; nous n'aurons donc pas besoin de le reproduire ici.

(2) Nous avons déjà résolu la question relative au fongus hæmatodes.

sort, en venir à l'amputation du maxillaire. Mais si l'ablation de cet os n'a pas suffi, dans quelques cas, pour en empêcher la reproduction, ce ne dépend donc pas de la manière d'opérer, mais plutôt du vice de la constitution de l'individu. Il est vrai, comme on l'a observé, qu'une portion de la maladie étant restée, devient bientôt le germe d'une tumeur nouvelle dont la marche est plus rapide et souvent le caractère plus funeste, à cause de l'irritation et de l'inflammation subséquente produite par les instruments tranchants et la cautérisation; mais lorsque la tumeur est mise largement à découvert, lorsque surtout l'opérateur est convaincu qu'il n'a rien laissé de suspect, et qu'ensuite il a éteint plusieurs cautères dans la cavité, on aura, ce me semble, fait beaucoup plus en faveur du malade que d'avoir enlevé la totalité du maxillaire. La difformité sera moins grande, la perte de substance moins étendue, la déglutition se fera comme à l'ordinaire, la voix n'aura rien perdu de ses qualités.

M. Serre, ayant à traiter, en 1834, un malade qui portait un ostéosarcome développé dans l'épaisseur du maxillaire inférieur, enleva en totalité la masse cancéreuse, cautérisa profondément, et a eu la satisfaction de voir son malade parfaitement guéri, lui ayant conservé les formes de la face et laissé intacte la lame interne du maxillaire qui était saine. M. Jensoul se fût conduit sans doute d'une manière toute différente, c'est-à-dire qu'il aurait eu recours à

l'ablation partielle du maxillaire. On peut donc, d'après cet exemple et ceux que nous avons déjà cités, conclure qu'on aura recours au moyen extrême que conseille M. Jensoul tout autant que la presque totalité de l'os aura disparu par transformation ou par l'abrasion résultant de la présence d'un polype cancéreux. Un polype dont le pédicule n'est pas encore dégénéré ne nécessiterait pas une opération de ce genre, puisque la mortification de la paroi osseuse sur laquelle le polype est implanté, suffirait pour arrêter les progrès du mal.

Les procédés d'Acoluthus, de Jourdain, Desault, etc., etc., que nous avons déjà décrits, sont assez vicieux par eux-mêmes pour que nous n'ayons besoin de nous y arrêter qu'un instant. Comment concevoir, en effet, qu'on puisse enlever en totalité et avec facilité une tumeur placée dans le sinus maxillaire, si l'on n'a pas déjà fait un lambeau à la joue qui puisse mettre à découvert toute la face antérieure externe du maxillaire? Et en supposant que ce temps de l'opération fût bien exécuté, il sera, ce nous semble, de toute impossibilité de cautériser convenablement tout l'intérieur du sinus.

La raison et l'expérience, dit le savant Desault, ont déterminé les chirurgiens à pratiquer de larges ouvertures, et l'on conçoit, en effet, que l'on ne peut s'assurer du volume de la tumeur que par ce moyen, et qu'on ne peut l'attaquer en totalité tout autant qu'elle est mise assez à découvert. Il était donc

rationnel qu'une pareille théorie fût entièrement mise en pratique; aussi M. Serre, appréciant avec juste raison les avantages et les imperfections des procédés opératoires déjà connus, a-t-il donné à celui de Desault la modification qui a été rapportée dans l'observation troisième. Puisque toutes les conditions sont parfaitement remplies, ce procédé est, sans contredit, préférable aux autres, et devra être mis en usage. Nous pensons cependant que deux incisions obliques, partant l'une de l'angle interne de l'œil, et l'autre de l'insertion supérieure du muscle masséter, et allant se perdre jusqu'à la commissure des lèvres, donneraient un lambeau triangulaire assez large pour que la presque totalité de la face antérieure du maxillaire fût mise à nu. Ensuite on incisera crucialement la muqueuse qui le recouvre, et on perforera cette paroi, soit à l'aide de plusieurs couronnes de trépan, soit avec les instruments de Desault. Ces moyens seront mis en usage si la surface osseuse existe; tandis que, si elle a disparu, il faudra, au moyen de l'instrument tranchant, pratiquer une ouverture capable de permettre à l'opérateur de s'assurer du volume de la tumeur, et de pouvoir l'attaquer avec assez de facilité avec le couteau courbe sur son plat, puis à l'aide de la rugine, et enfin par les cautérisations, etc., etc. (voyez l'observation). L'hémorragie, qui est à craindre à la suite de ces opérations, devra être combattue par le tamponnement ou par le fer rouge: mais le cautère actuel doit être préféré, parce qu'il produit des effets plus sûrs et plus expéditifs.

# FACULTÉ DE MÉDECINE
## DE MONTPELLIER.

### PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen. Anatomie.
BROUSSONNET. } Clinique médicale.
CAIZERGUES. }
LALLEMAND, *Examinat.* } Clinique chirurgic.
SERRE, *Président.* }
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
DUPORTAL, *Suppléant.* Chimie.
DUGÈS. Path. chir., opérat. et appar.
DELMAS. Accouchemens.
GOLFIN. Thérap. et matière médic.
RIBES, *Examinat.* Hygiène.
RECH, *Examinateur.* Pathologie médicale.
BÉRARD. Chim. médic.-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.

### AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Kuhnholtz.
Bertin.
Broussonnet.
Touchy, *Suppléant.*
Delmas.
Vailhé.
Bourquenod.

MM. Fages, *Examinat.*
Batigne.
Pourché.
Bertrand.
Pouzin.
Saisset, *Examinat.*
Estor.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicamens, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchemens, Clinique interne et externe, suivant le titre de Docteur en Médecine ou en Chirurgie que le candidat voudra acquérir* (examen pratique).

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*